

Dane wnioskodawcy:

.....
Imię i nazwisko

Nowy Dwór Mazowiecki, dnia

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

**DYREKTOR
Garnizonowej Przychodni Lekarskiej
SPZOZ w Modlinie**

WNIOSEK O WYDANIE / UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nr / (rok)

Na podstawie art 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej.

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Numer telefonu kontaktowego:

Wnioskuje o wydanie*:

- kserokopii dokumentacji medycznej (w tym wyników badań)
- wglądu do dokumentacji medycznej w miejscu udzielania świadczeń medycznych
- sporządzenie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej (wpisać:)
- wydanie na informatycznym nośniku danych

Rodzaj udostępnianej dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni / pracowni:
- okres leczenia:

Dokumentacja zostanie wydana w celu*:

- w związku z celami leczniczymi, dla zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
- w celach niezwiązanych z procesem leczenia i zapewnieniem ciągłości świadczeń zdrowotnych

Oświadczam, że:

zobowiązuje się do poniesienia kosztów wykonania kopii, odpisu, wyciągu lub wydania dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych zgodnie z cennikiem obowiązującym w Garnizonowej Przychodni Lekarskiej SPZOZ w Modlinie, w przypadku gdy dokumentacja wydawana jest po raz kolejny za żądany okresie i w sposób o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

* Właściwe zaznaczyć

.....
(podpis wnioskodawcy / pełnomocnika)

POTWIERDZENIE ODBIÓRU NA ODWROCIE

POTWIERDZENIE ODBIORU

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych **Pacjentów** jest Garnizonowa Przychodnia Lekarska SPZOZ w Modlinie z siedzibą w (05-160) Nowym Dworze Mazowiecki przy ul. 29 Listopada 105, e-mail:administracja@gplek.pl; tel. 22 713 48 39, fax 22 713 00 53,
- 2) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie:
 - a) art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 3) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania);
- 4) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 5) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres:
 - a) wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - b) wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r o rachunkowości;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....
(data, podpis osoby wydającej)

(pracownik GPL SPZOZ w Modlinie)

(czytelny podpis odbierającego)